



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

**Factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes atendidas en el  
Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**Médico Cirujano**

**AUTORA:**

**Jhiomara Luz Lily Calla Apaza (ORCID: 0000-0002-8018-4772)**

**ASESORA:**

**Dra. Katia Farfan Valdes (ORCID: 0000 0002 2857 1492)**

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:**

**Salud Materna y Perinatal**

**PIURA – PERÚ**

**2020**

## **DEDICATORIA**

Dedicado a Dios, Jehová todo poderoso quien me acompaña en el caminar de la vida, me guía me fortalece y levanta en los tropiezos de esta vida, aunque no merezca sus atenciones él ha sido fiel amigo y Abba Padre. A mis padres por la paciencia, comprensión y apoyo incondicional brindado en toda mi formación académica, por guiarme paso a paso e inculcarme primero en el amor a Dios y en la superación personal. A mi esposo e hija a quienes amo inmensamente, por su cariño y apoyo que me sostuvieron y motivaron en este arduo proceso.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco primeramente a Dios omnipotente, porque me sostiene en los momentos difíciles, por ser mi guía fiel en mi caminar, por otorgarme perdón y paz y darme el más grande regalo de la vida hasta estos momentos.

Agradezco a mis padres por el apoyo incondicional que me brindan.

Agradezco a mis hermanas Damaris, Flor y Magdiel, por apoyarme, acompañarme y darme palabras de aliento.

Agradezco a los Doctores que Dios puso en mi camino los cuales me dieron la oportunidad y el asesoramiento en el presente trabajo

## ÍNDICE

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO .....	iii
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS .....	v
RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
I. INTRODUCCIÓN .....	1
II. MARCO TEÓRICO .....	4
III. METODOLOGÍA .....	8
<b>3.1. Tipo y diseño de investigación</b> .....	8
<b>3.2. Variables y operacionalización</b> .....	8
<b>3.3. Población, muestra y muestreo</b> .....	8
<b>3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos</b> .....	9
<b>3.5. Procedimientos</b> .....	9
<b>3.6. Método de análisis de datos</b> .....	9
<b>3.7. Aspectos éticos</b> .....	10
IV. RESULTADOS .....	11
V. DISCUSIÓN .....	18
VI. CONCLUSIONES .....	20
VII. RECOMENDACIONES .....	21
REFERENCIAS .....	22
ANEXOS .....	26

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 01: Distribución de las gestantes adolescentes según semana de aborto. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	11
Tabla 01: Distribución de las gestantes adolescentes según características generales. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	12
Tabla 02: Distribución de las gestantes adolescentes según planificación del del embarazo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	13
Tabla 03: Distribución de las gestantes adolescentes según estabilidad de pareja. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	14
Tabla 04: Distribución de las gestantes adolescentes según antecedente de embarazo previo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	15
Tabla 05: Distribución de las gestantes adolescentes según antecedente de aborto previo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	16
Tabla 06: Distribución de las gestantes adolescentes según consumo de alcohol. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.	17

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar los factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.

**Metodología:** Estudio de casos y controles. Se incluyeron 198 gestantes adolescente (99 con aborto y 99 sin aborto) atendidas entre enero y diciembre del 2019. Se estimaron las frecuencias de los factores en cada grupo y para el análisis inferencial se calculó chi cuadrado y OR.

**Resultados:** De un total de 99 abortos en adolescentes el 36.36% se presentó entre las 8 y 11 semanas de gestación, 32.32% entre las 12 y 15 semanas, 22.22% entre las 16 y 19 semanas, y 9.09% antes de las 8 semanas. Al comparar las características sociodemográficas de las pacientes con y sin aborto se observó: edad promedio ( $17.2 \pm 1.74$  años vs  $16.27 \pm 1.46$ ), grado de instrucción secundaria (78.8% vs 89.9%), solteras o convivientes (96.0% vs 99.0%), procedencia urbana (57.6% vs 62.6%). Se encontró asociación estadísticamente significativa entre aborto en adolescente y tener pareja estable (OR = 0.384; IC95% 0.211-0.697), embarazo previo (OR = 3.233; IC95% 1.707-6.124), aborto previo (OR = 2.848; IC95% 1.281-6.333) y pareja estable (OR = 0.384; IC95% 0.211-0.697).

**Conclusiones:** Se encontró que el antecedente de un embarazo previo o aborto previo son factores de riesgo para que las adolescentes tengan un nuevo aborto. Además, tener pareja estable es un factor de protección contra el aborto en adolescentes.

**Palabras clave:** Adolescente, aborto, factores.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the risk factors for abortion in pregnant teenagers treated at the Manuel Núñez Butrón Regional Hospital 2019.

**Methodology:** Case-control study. 198 adolescent pregnant women (99 with abortion and 99 without abortion) attended between January and December 2019 were included. The frequencies of the factors in each group were estimated and chi-square and OR were calculated for the inferential analysis.

**Results:** Of a total of 99 abortions in adolescents, 36.36% occurred between 8 and 11 weeks of gestation, 32.32% between 12 and 15 weeks, 22.22% between 16 and 19 weeks, and 9.09% before 8 weeks. When comparing the sociodemographic characteristics of the patients with and without abortion, it was observed: average age ( $17.2 \pm 1.74$  years vs  $16.27 \pm 1.46$ ), grade of secondary education (78.8% vs 89.9%), single or cohabiting (96.0% vs 99.0%), urban origin (57.6% vs 62.6%). A statistically significant association was found between abortion in adolescents and having a stable partner (OR = 0.384; 95% CI 0.211-0.697), previous pregnancy (OR = 3.233; 95% CI 1.707-6.124), previous abortion (OR = 2.848; 95% CI 1.281- 6.333) and stable partner (OR = 0.384; 95% CI 0.211-0.697).

**Conclusions:** It was found that the antecedent of a previous pregnancy or previous abortion are risk factors for adolescents to have a new abortion. In addition, having a stable partner is a protective factor against abortion in adolescents.

**Keywords:** Adolescent, abortion, factors.

## I. INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa en la cual aparecen grandes cambios a nivel físico y psicológico, y a su vez, sienten la enorme necesidad de ser aceptados por la sociedad que los rodea, a consecuencia de esta necesidad muchas adolescentes hoy en día terminan teniendo relaciones sexuales, y debido al bajo conocimiento sexual que tienen un porcentaje de estas mujeres adolescentes quedan embarazadas sin haberlo deseado; por lo cual se convierte en una de las principales causas de aborto en adolescentes como solución a sus problemas (1).

El embarazo adolescente se está volviendo una situación común y problemática para la población a nivel mundial. La gran mayoría de estos embarazos no son planeados y las adolescentes terminan su gestación en aborto con más frecuencia que las mujeres mayores. Cada año en los Estados Unidos, aproximadamente 800 000 a 900 000 adolescentes de 19 años o menos quedan embarazadas (2).

En comparación con las que optan por tener un hijo, las adolescentes que optan por el aborto tienden a tener un mejor nivel socioeconómico, mayores aspiraciones y logros educativos, mayor autoestima, mayor sentimiento de control sobre sus circunstancias, menores niveles de ansiedad y mejor capaz de conceptualizar el futuro (3).

Las tasas de embarazo, nacimiento y aborto habían ido disminuyendo desde un pico en 1990 entre las adolescentes de todas las edades y razas, pero desde 2000, las tasas de aborto se han mantenido estables, y entre 2005 y 2006, la tasa de natalidad en adolescentes aumentó ligeramente. Tanto el aumento del uso de anticonceptivos como la disminución de la tasa de actividad sexual contribuyeron a esta disminución general (4).

Y este aborto a su vez genera complicaciones hemorrágicas, infecciosas, traumáticas y mecánicas, sin tomar en cuenta que también dejan secuelas a mediano y largo plazo. La gravidez en adolescentes se ve vinculada a compromisos negativos tanto en lo biológicos como en lo psicosocial que involucra tanto a la

madre como a su hijo. Hay evidencia que nos indica que las menores de 15 años están más susceptibles de tener un impacto más negativo en su desarrollo personal, pues a la adolescencia que de por sí es muy difícil de sobre llevar, se le suma el embarazo y la maternidad (5).

El impacto emocional del aborto es un tema controvertido. Por una parte, ciertas posturas teórico-políticas destacaron las implicaciones emocionales negativas y el daño que provoca para la salud mental de las mujeres, considerando el aborto como «un mal social» o un evento «excepcional y trágico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) nos indica que cada año se realizan aproximadamente 22 millones de abortos peligrosos en el mundo entero, y la mayoría de estos se da en países en vías de desarrollo; y las muertes por abortos peligrosos representan el 13% del 100% de las muertes maternas (6).

En Sudamérica, el porcentaje de adolescentes que tiene inicio de relaciones sexuales antes de los 19 años ha aumentado considerablemente. En el Perú el 2015 las adolescentes gravídicas del área rural en relación a las del área urbana tiene una relación de 2 a 1 respectivamente (22.5% y 10.6%, respectivamente). También se vio que las adolescentes que cursan el nivel secundario en relación a las que cursan un nivel superior de estudios es una relación de 6 a 1 respectivamente (37.9% y 6.1%, respectivamente) (7). A su vez en el 2015 el aborto representó el 9,8% del total de muertes maternas a nivel nacional lo cual lo ubicó como cuarta causa de muerte materna en el Perú; y ya para el año 2018 el aborto es la tercera causa de muerte materna en el Perú con un 8,2% (8).

Ante esta problemática descrita nos planteamos la siguiente pregunta, ¿Cuál son los factores de riesgo para aborto en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón en el año 2019? Como hipótesis sostenemos que el embarazo no deseado, ser iletrada, el bajo nivel socioeconómico, ser hija de madre adolescente son factores de riesgo para aborto en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Burton.

Por lo tanto, nuestra investigación tiene como objetivo principal determinar los factores de riesgo para aborto en las gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Burton Para la obtención del objetivo principal no apoyaremos en:

1. Identificar si el embarazo no planificado y la relación inestable con la pareja son factores de riesgo para aborto en adolescentes.
2. Determinar si el antecedente de embarazo o aborto previo es factor de riesgo para aborto en adolescentes.
3. Determinar si el consumo de alcohol es factor de riesgo para aborto en adolescentes.

## II. MARCO TEÓRICO

Lentiro K, et al. 2019. El objetivo de este estudio fue evaluar los factores asociados con el aborto entre las estudiantes de la escuela preparatoria en la zona de Guraghe. Se realizó un estudio transversal entre alumnas de escuelas preparatorias en abril de 2017. Se empleó una técnica de muestreo aleatorio sistemático para seleccionar a 404 estudiantes del total de 3960 alumnas. Los datos se recopilaron mediante cuestionarios autoadministrados. La tasa de respuesta de este estudio fue del 98,3%. La prevalencia de por vida del aborto entre los jóvenes estudiantes de escuelas preparatorias cuyo rango de edad de 15 a 22 años fue del 13,6% [IC 95% (10,4, 17,1)]. Las probabilidades de sufrir un aborto fueron 2,3 veces más probables en los residentes de familias rurales [AOR = 2,3, IC del 95% (1,1, 4,8)] en comparación con las de los residentes de familias urbanas. Los estudiantes sin educación sobre salud sexual tenían 6.4 veces más probabilidades de tener un aborto en comparación con aquellos que recibieron educación sobre salud sexual [AOR = 6.4, IC 95% (3.1, 13.1)]. Además, los estudiantes que bebían alcohol a menudo tenían 4 veces [AOR = 4.0, IC del 95% (1.1, 14.2)] más probabilidades de someterse a un aborto y los estudiantes que consumían alcohol a veces tenían 3.3 veces [AOR: 3.3, IC del 95% (1.4, 8.1)] el riesgo de aborto en comparación con las niñas sin antecedentes de consumo de alcohol (9).

Peláez L, et al. 2019. Realizó un estudio analítico con gestantes de 18 a 29 años atendidas en el Hospital San José del Callao 2016-2018. Entre sus resultados se encontró que: 399 pacientes ingresaron por aborto espontaneo, de las cuales 22.8% tenían infección del tracto urinario y 84.6% controles prenatales incompletos. Sin embargo, al realizar del análisis inferencial solo se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción académica y el desarrollo de aborto en gestante adolescente (10).

Delgado N, et al. 2018. Realizó un estudio correlacional sobre factores asociados al AA en el Hospital de Santa Rosa de abril a junio del 2018. Encontró que: el nivel de instrucción de los padres, la educación sexual, la pobreza, violencia familiar,

composición familiar y las horas de uso de redes sociales, se encontraban asociados al desarrollo de aborto en gestantes adolescentes (11).

Santana A, et al. 2017. Estudio prospectivo que tuvo como objetivo identificar los factores que predisponen al aborto en adolescentes. Se trabajó con una muestra de 30 gestantes adolescentes. Entre los resultados se observó: las pacientes del grupo etario de 16 a 18 años tienen la frecuencia más alta de aborto. Entre los factores que influyen se encuentran: presión familiar, mala relación con la pareja y el miedo a la discriminación social. Entre los efectos psicológicos se encontró: trastornos del sueño, depresión y vergüenza; los efectos sociales más frecuentes fueron deseo de acabar la relación con la pareja, aislamiento y la disminución de capacidad de trabajo (12).

García M. et al. 2015. Realizó un estudio con el objetivo de valorar la prevalencia de los factores de riesgo para aborto reiterado en gestantes adolescentes. Entre los resultados se observó: Edad media de 16,1 años. 45,1% antecedente de al menos un aborto con intervalo de 6 a 12 meses y solo 21,5 % empezaron tratamiento anticonceptivo posterior al aborto (13).

La organización mundial de la salud (OMS) nos indica que la adolescencia es la etapa de vida en la cual el individuo adquiere la capacidad reproductiva, es una transición de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y se proyecta hacia la independencia socioeconómica, fija sus límites entre los 10 y 20 años. Una característica de esta etapa es la impulsividad, la inmediatez y la sensación de supremacía e indestructibilidad, los vuelven particularmente vulnerables y los pone en riesgo, pues tales conductas los conlleva a realizar acciones riesgosas las cuales las pueden llevar a quedar embarazadas sin querer estarlo, lo que a futuro los puede llevar a optar por un aborto (14).

En los Estados Unidos, 4 de cada 5 embarazos en adolescentes no son planeados y aproximadamente un tercio de todos los embarazos en adolescentes terminan en aborto inducido, que ocurre más tarde en el embarazo que en mujeres adultas (15). Las tasas más altas de embarazo ocurren en adolescentes mayores en

comparación con adolescentes más jóvenes y entre adolescentes negras e hispanas en comparación con sus pares blancos (16).

La paternidad adolescente se asocia con bajo rendimiento educativo, pobreza, dependencia del bienestar, violencia doméstica y malas relaciones sociales. En comparación con las que optan por tener un hijo, las adolescentes que optan por el aborto tienden a tener un mejor nivel socioeconómico, mayores aspiraciones y logros educativos, mayor autoestima, mayor sentimiento de control sobre sus circunstancias, menores niveles de ansiedad y mejor capaz de conceptualizar el futuro.

Las tasas de embarazo, nacimiento y aborto habían ido disminuyendo desde un pico en 1990 entre las adolescentes de todas las edades y razas, pero desde 2000, las tasas de aborto se han mantenido estables. Tanto el aumento del uso de anticonceptivos como la disminución de la tasa de actividad sexual contribuyeron a esta disminución general. Un estudio de encuesta encontró que las menores de 18 años se sometieron a un aborto en promedio una semana después que las mujeres mayores. Varios factores contribuyen a este retraso.

Es posible que las adolescentes no reconozcan los signos y síntomas del embarazo y no se den cuenta de que la amenorrea indica embarazo si tienen ciclos menstruales irregulares. Además, los adolescentes pueden estar menos equipados para encontrar recursos para acceder a la atención de un aborto. Las razones sociales también pueden causar retrasos, como la negación del embarazo secundaria al miedo a las repercusiones de los miembros de la familia o la pareja.

Las adolescentes que enfrentan un embarazo no deseado dan varias razones para su decisión de abortar; estas razones son similares en diversos grupos de mujeres jóvenes. Las adolescentes no se sienten preparadas para la maternidad, tanto psicológica como financieramente, y les preocupa que la maternidad afecte negativamente el logro educativo, las oportunidades profesionales y las relaciones personales con sus parejas y miembros de la familia.

Los estudios observacionales apoyan estas preocupaciones al demostrar mejores resultados educativos entre las adolescentes que eligen el aborto en comparación con los que continúan el embarazo. Un estudio encontró que las que se sometían a un aborto tenían más probabilidades de terminar la escuela secundaria que las que llevaban sus embarazos a término. Otro estudio longitudinal de 25 años encontró que las adolescentes que se sometían a un aborto lograban niveles más altos de educación que las que llegaban a término, incluso después del ajuste para las diferencias familiares, sociales y educativas de base.

En comparación con los adultos, las barreras para la atención pueden afectar particularmente a los adolescentes con recursos limitados. En la mayoría de los países el aborto no está cubierto por los programas estatales y las adolescentes pobres tiene dificultades para financiar el costo de la atención.

### III. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de investigación

Estudio cuantitativo, analítico, retrospectivo de casos y controles.

#### 3.2. Variables y operacionalización

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable
<b>Aborto en adolescente</b> <b>(variable dependiente)</b>	Mujer de 10 a 19 años cuya gestación se ve interrumpida antes de las 20 semanas.	Adolescente que presentó interrupción de la gestación antes de las 20 semanas según historia clínica.	Si No	Cualitativa Nominal
<b>Factores de riesgo</b> <b>(variables independientes)</b>	Características o cualidades que tiene una persona y que aumentan la probabilidad de desarrollar un evento.	Embarazo planificado Aborto previo Cuenta con pareja estable Embarazo previo	Si No	Cualitativa Nominal
<b>Características generales</b>	Cualidades sociodemográficas de la paciente	Edad	__ años	Cuantitativa Discreta
		Grado de instrucción	Iletrada Primaria Secundaria Superior	Cualitativa Nominal
		Estado civil	Soltera Casada Conviviente	Cualitativa Nominal
		Edad gestacional	__ semanas	Cuantitativa Discreta

#### 3.3. Población, muestra y muestreo

La población de estudio estuvo conformada por la totalidad de gestantes adolescentes que ingresaron por el servicio de emergencia del Hospital Manuel Núñez Butron con diagnóstico de aborto. La muestra estuvo conformada por la totalidad de historias clínicas de gestantes adolescentes con aborto (casos) y gestantes adolescentes sin aborto (controles) que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión.

### **Criterios de inclusión para los casos**

Historias clínicas de gestantes adolescentes hospitalizada en ginecoobstetricia por episodio de aborto.

### **Criterios de inclusión para los controles**

Historias clínicas de gestantes adolescentes hospitalizada en ginecoobstetricia por etiología diferente al aborto.

### **Criterios de exclusión para los casos**

Historias clínicas con datos incompletos.

### **Criterios de exclusión para los controles**

Historias clínicas con datos incompletos.

## **3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Técnica: análisis documental.

Instrumento: para la recolección de datos se creó una ficha de recolección de datos (anexo 1). Dentro de los datos a recolectar se incluyeron las características generales de las gestantes y la presencia o no de los posibles factores de riesgo para aborto en este grupo poblacional.

## **3.5. Procedimientos**

Para el desarrollo de la presente investigación, se solicitó al director del hospital la autorización correspondiente para acceder a las historias clínicas previamente seleccionadas. Se acudió al área de archivo del y se realizó el llenado de las fichas mediante la técnica de vaciado de información.

## **3.6. Método de análisis de datos**

Toda la información recopilada en las fichas de datos se ingresó a una base de datos en SPSS®. El análisis descriptivo de las variables categóricas se expresó mediante frecuencias y porcentajes, para las variables cuantitativas se utilizó la media y desviación estándar. Para el análisis inferencial, se aplicó la prueba

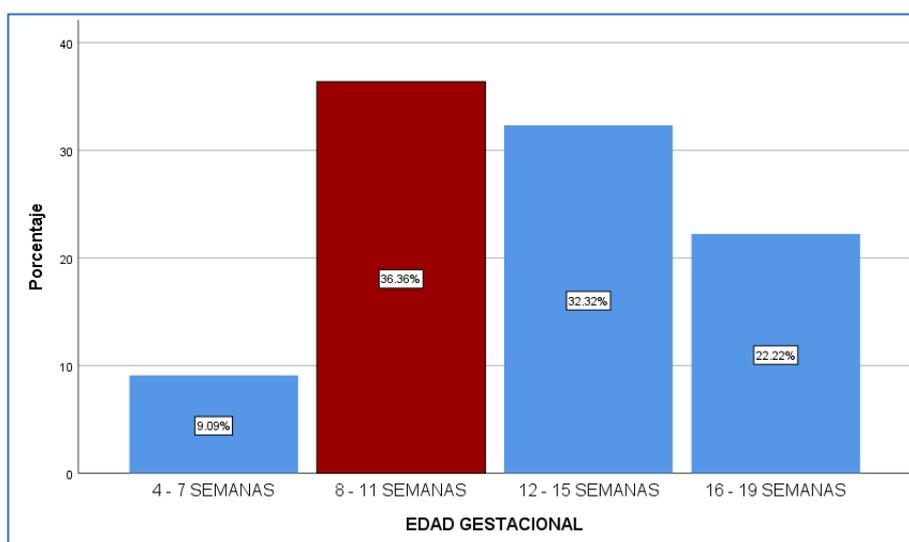
estadística de Chi cuadrado con un nivel de significación  $< 0.05$  y posterior cálculo del Odds ratio (OR) para determinar la fuerza de asociación.

### **3.7. Aspectos éticos**

Se desarrolló una investigación no experimental y retrospectiva, limitada a la recolección de datos de las historias clínicas por lo que no hubo riesgos para las gestantes o el personal investigador. En todo momento se mantuvo en reserva la identificación de las pacientes seleccionadas evitando anotar datos personales no relacionados con los objetivos a desarrollar. Además, se realizó el adecuado llenado de la información manteniendo la veracidad de los datos.

#### IV. RESULTADOS

**Gráfico 01: Distribución de las gestantes adolescentes según semana de aborto. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**



El gráfico muestra que de un total de 99 abortos en gestantes adolescentes el 36.36% se presentó entre las 8 y 11 semanas de gestación, 32.32% ocurrieron entre las 12 y 15 semanas, 22.22% entre las 16 y 19 semanas, y 9.09% antes de las 8 semanas.

**Tabla 01: Distribución de las gestantes adolescentes según características generales. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE			
		CON ABORTO		SIN ABORTO	
		Recuent o	%	Recuent o	%
EDAD		17.20 ± 1.74		16.27 ± 1.46	
GRADO DE INSTRUCCIÓN	Iletrada	1	1.0%	0	0.0%
	Primaria	8	8.1%	6	6.1%
	Secundaria	78	78.8%	89	89.9%
	Superior	12	12.1%	4	4.0%
ESTADO CIVIL	Soltera	48	48.5%	24	24.2%
	Casada	4	4.0%	1	1.0%
	Conviviente	47	47.5%	74	74.7%
PROCEDENCIA	Rural	42	42.4%	37	37.4%
	Urbana	57	57.6%	62	62.6%

La tabla muestra que las gestantes adolescentes con aborto tuvieron edad promedio de  $17.2 \pm 1.74$  años. Al comparar el grado de instrucción entre las gestantes con y sin aborto se observa que en ambos grupos predominó la instrucción de nivel secundaria (78.8% vs 89.9%). Con respecto al estado civil, la suma de gestantes solteras y convivientes predominaron en ambos grupos (96.0% vs 99.0%). Del mismo modo, la procedencia urbana mostro predominio en ambos grupos (57.6% vs 62.6%).

**Tabla 02: Distribución de las gestantes adolescentes según planificación del embarazo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE		Total	
		Con aborto	Sin aborto		
EMBARAZO PLANIFICADO	Si	n	8	11	19
		%	8.1%	11.1%	9.6%
	No	n	91	88	179
		%	91.9%	88.9%	90.4%
Total		n	99	99	198
		%	100.0%	100.0%	100.0%

$$X^2 = 0.52; p = 0.469; OR = 0.703 (IC95\% 0.270-1.831)$$

La tabla muestra que el embarazo no planificado se presentó en 91 (91.9%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 88 (88.9%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Sin embargo, esta relación tiene un p-valor > 0.05 por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

**Tabla 03: Distribución de las gestantes adolescentes según estabilidad de pareja. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE		Total	
		Con aborto	Sin aborto		
PAREJA ESTABLE	Si	n	51	72	123
		%	51.5%	73.5%	62.4%
	No	n	48	26	74
		%	48.5%	26.5%	37.6%
Total		n	99	99	198
		%	100.0%	100.0%	100.0%

$X^2 = 10.12$ ;  $p = 0.001$ ;  $OR = 0.384$  (IC95% 0.211-0.697)

La tabla muestra que tener una pareja estable se presentó en 51 (51.5%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 72 (73.5%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor  $< 0.05$  por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, el OR estimado tiene un valor menor a 1, por lo tanto, el tener pareja estable es un factor que disminuye el riesgo de aborto.

**Tabla 04: Distribución de las gestantes adolescentes según antecedente de embarazo previo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE		Total	
		Con aborto	Sin aborto		
EMBARAZO PREVIO	Si	n	43	19	62
		%	43.4%	19.2%	31.3%
	No	n	56	80	136
		%	56.6%	80.8%	68.7%
Total	n	99	99	198	
	%	100.0%	100.0%	100.0%	

$$X^2 = 13.52; p = 0.0002; OR = 3.233 (IC95\% 1.707-6.124)$$

La tabla muestra que el antecedente de embarazo previo se presentó en 43 (43.4%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 19 (19.2%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor < 0.05 por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El OR estimado tiene un valor mayor a la unidad, por lo tanto, el antecedente de embarazo previo es un factor que incrementa el riesgo de aborto.

**Tabla 05: Distribución de las gestantes adolescentes según antecedente de aborto previo. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE		Total
		Con aborto	Sin aborto	
ABORTO PREVIO	Si	n	24	34
		%	24.2%	17.2%
	No	n	75	164
		%	75.8%	82.8%
Total	n	99	99	198
	%	100.0%	100.0%	100.0%

$$X^2 = 6.96; p = 0.008; OR = 2.848 (IC95\% 1.281-6.333)$$

La tabla muestra que el antecedente de aborto previo se presentó en 24 (24.2%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 10 (10.1%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor < 0.05 por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El OR estimado tiene un valor mayor a la unidad, por lo tanto, el antecedente de aborto previo es un factor que incrementa el riesgo de un nuevo aborto.

**Tabla 06: Distribución de las gestantes adolescentes según consumo de alcohol. Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019.**

		GESTANTES ADOLESCENTE		Total	
		Con aborto	Sin aborto		
CONSUMO DE ALCOHOL	Si	N	18	9	27
		%	18.2%	9.1%	13.6%
	No	n	81	90	171
		%	81.8%	90.9%	86.4%
Total		n	99	99	198
		%	100.0%	100.0%	100.0%

$X^2 = 3.474$ ;  $p = 0.062$ ;  $OR = 2.222$  (IC95% 0.945-5.223)

La tabla muestra que el consumo de alcohol se presentó en 18 (18.2%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 9 (9.1%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Sin embargo, esta relación tiene un p-valor  $> 0.05$  por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

## V. DISCUSIÓN

El gráfico 01 muestra que de un total de 99 abortos en gestantes adolescentes el 36.36% se presentó entre las 8 y 11 semanas de gestación, 32.32% ocurrieron entre las 12 y 15 semanas, 22.22% entre las 16 y 19 semanas, y 9.09% antes de las 8 semanas. Resultados que concuerdan con lo reportado en la literatura internacional. Se sabe que la mayoría de abortos son espontáneos y secundarios a alteraciones en el material genético, lo cual impide la progresión o avance de la gestación.

La tabla 01 muestra que las gestantes adolescentes con aborto tuvieron edad promedio de  $17.2 \pm 1.74$  años. Resultado similar a lo encontrado por García (13), quien reporta una edad promedio de 16.1 años. Al comparar el grado de instrucción entre las gestantes con y sin aborto se observa que en ambos grupos predominó la instrucción de nivel secundaria (78.8% vs 89.9%). Por su parte, Peláez (10), reporta una relación significativa entre los estudios de nivel primaria y el aborto en adolescentes. Con respecto al estado civil, la suma de gestantes solteras y convivientes predominaron en ambos grupos (96.0% vs 99.0%). Del mismo modo, la procedencia urbana mostró predominio en ambos grupos (57.6% vs 62.6%). Al respecto, Lentiro (9), informa que las probabilidades de sufrir un aborto fueron 2,3 veces más probables en los residentes de familias rurales [AOR = 2,3, IC del 95% (1,1, 4,8)] en comparación con las de los residentes de familias urbanas.

La tabla 02 muestra que el embarazo no planificado se presentó en 91 (91.9%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 88 (88.9%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Sin embargo, esta relación tiene un p-valor  $> 0.05$  por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Delgado (11) reporta resultados similares a los nuestros. Esto se explica, porque incluso las gestantes adolescentes sin aborto, tienen elevada frecuencia de convivencia y embarazo no planificado.

La tabla 03 muestra que tener una pareja estable se presentó en 51 (51.5%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 72 (73.5%) de las gestantes adolescentes

sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor  $< 0.05$  por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Sin embargo, el OR estimado tiene un valor menor a 1, por lo tanto, el tener pareja estable es un factor que disminuye el riesgo de aborto. Al respecto Santana (12) encontró que la presión familiar, mala relación con la pareja y el miedo a la discriminación social son factores de riesgo para un nuevo episodio de aborto en adolescentes.

La tabla 04 muestra que el antecedente de embarazo previo se presentó en 43 (43.4%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 19 (19.2%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor  $< 0.05$  por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El OR estimado tiene un valor mayor a la unidad, por lo tanto, el antecedente de embarazo previo es un factor que incrementa el riesgo de aborto. Este hallazgo, es similar a lo encontrado por Santana (12).

La tabla 05 muestra que el antecedente de aborto previo se presentó en 24 (24.2%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 10 (10.1%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Además, esta relación tiene un p-valor  $< 0.05$  por lo que existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. El OR estimado tiene un valor mayor a la unidad, por lo tanto, el antecedente de aborto previo es un factor que incrementa el riesgo de un nuevo aborto. Este resultado no se observó dentro de los antecedentes ya descritos.

La tabla 06 muestra que el consumo de alcohol se presentó en 91 (91.9%) de las gestantes adolescentes con aborto y en 88 (88.9%) de las gestantes adolescentes sin aborto. Sin embargo, esta relación tiene un p-valor  $> 0.05$  por lo que no existe relación estadísticamente significativa entre ambas variables. Este hallazgo difiere reporte por Lentiro (9) quien encuentra que el consumo de alcohol tenía 4 veces [AOR = 4.0, IC del 95% (1.1, 14.2)] más probabilidades de someterse a un aborto y los estudiantes que consumían alcohol a veces tenían 3.3 veces [AOR: 3.3, IC del 95% (1.4, 8.1)].

## VI. CONCLUSIONES

Se concluye que entre las características sociodemográficas de las gestantes adolescentes que tuvieron un aborto predomina la edad de  $17.2 \pm 1.74$  años, el grado de instrucción secundaria y el estado civil de solteras.

Se concluye que el antecedente de embarazo o aborto previo son factores de riesgo para el desarrollo de un nuevo aborto en gestantes adolescentes.

Se concluye que el tener una relación estable en pareja es un factor de protección contra el aborto en gestantes adolescentes.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda realizar estudios prospectivos que permitan identificar posibles complicaciones de futuras gestaciones en aquellas adolescentes que tuvieron algún episodio de aborto.

Se recomienda el adecuado llenado de las historias clínicas para evitar la pérdida de pacientes en futuras investigaciones.

## REFERENCIAS

1. Althabe F, Moore JL, Gibbons L, et al. Adverse maternal and perinatal outcomes in adolescent pregnancies: The Global Network's Maternal Newborn Health Registry study. *Reprod Health*. 2015; 12 Suppl 2: S8.
2. Traisrisilp K, Jaiprom J, Luewan S, et al. Pregnancy outcomes among mothers aged 15 years or less. *J Obstet Gynaecol Res*. 2015; 41(11): 1726–1731.
3. Flores-Valencia ME, Nava-Chapa G, Arenas-Monreal L. Adolescent pregnancy in Mexico: a public health issue. *Rev Salud Pública (Bogota)*. 2017 May-Jun;19(3):374-378.
4. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019 Apr;145(1):54-61.
5. La-Orpipat T, Suwanrath C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. *J Obstet Gynaecol*. 2019 Oct;39(7):934-940
6. Organización Mundial de la Salud. Prevención del aborto peligroso. [Internet]. 2020. [citado 10 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/preventing-unsafe-abortion>.
7. Gonzales F. Situación de Salud de los adolescentes en el Perú 2017. 2017.
8. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC) M de salud. Análisis de la situación de salud en el Perú. Primera edición. Lima -Perú; 2019. p. 10-15.
9. Lentiro K, Gebru T, Worku A, Asfaw A, Gebremariam T, Tesfaye A. Risk factors of induced abortion among preparatory school student in Guraghe zone, Southern region, Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Womens Health*. 2019 Sep 11;19(1):115.
10. Peláez L. Infección del tracto urinario en pacientes de 18 a 29 años atendidas por aborto espontáneo, en el servicio de gineco obstetricia del Hospital San José del Callao en el periodo del 2016 al 2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Lima. Universidad Ricardo Palma. 2019.
11. Delgado N. Factores asociados al aborto en las adolescentes de 11 a 18 años que acuden al Hospital De Santa Rosa De Puerto Maldonado de abril a junio del

2018. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano]. Puno. Universidad Nacional del altiplano. 2018.
12. Santana G, Marín G. Causas de aborto en adolescentes de 12 a 18 años de edad atendidas en un hospital Gineco-Obstétrico de la ciudad de Guayaquil. agosto de 2017 [citado 25 de octubre de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8988>
  13. García M, Cruz V. Prevalencia de los factores de riesgo del aborto reiterado en la adolescencia. Rev Cuba Obstet Ginecol. marzo de 2015;41(1):23-38.
  14. Narukhutrpicchai P, Khrutmuang D, Chattrapiban T. The Obstetrics and Neonatal Outcomes of Teenage Pregnancy in Naresuan University Hospital. J Med Assoc Thai. 2016; 99(4): 361-7.
  15. Kawakita T, Wilson K, Grantz KL, Landy HJ, Huang CC, Gomez-Lobo V. Adverse Maternal and Neonatal Outcomes in Adolescent Pregnancy. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016; 29(2): 130-6.
  16. Minjares O, Reza S, Caballero S, et al. Maternal and Perinatal Outcomes Among Adolescents and Mature Women: A Hospital-Based Study in the North of Mexico. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2016; 29(3): 304–311.
  17. Leftwich HK, Alves MV. Adolescent Pregnancy. Pediatr Clin North Am. 2017 Apr;64(2):381-388.
  18. Azevedo WF, Diniz MB, Fonseca ES, Azevedo LM, Evangelista CB. Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. Einstein (Sao Paulo). 2015 Oct-Dec;13(4):618-26
  19. Ganchimeg T, Ota E, Morisaki N, Laopaiboon M, Lumbiganon P, Zhang J, et al; WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. BJOG. 2014 Mar;121 Suppl 1:40-8
  20. Maravilla JC, Betts KS, Alati R. Increased risk of maternal complications from repeat pregnancy among adolescent women. Int J Gynaecol Obstet. 2019; 145(1): 54-61.
  21. La-Orpipat T, Suwanrath C. Pregnancy outcomes of adolescent primigravida and risk of pregnancy-induced hypertension: a hospital-based study in Southern Thailand. J Obstet Gynaecol. 2019; 39(7): 934-940.

22. Bostancı E, Abide C, Sanverdi I, Ozkaya E, Kilicci C, Kabaca C. Maternal-fetal outcome associated with adolescent pregnancy in a tertiary referral center: a cross-sectional study. *Ginekol Pol.* 2017;88(12):674-678.
23. Kamalak Z, Köşüş N, Köşüş A, Hizli D, Akçal B, Kafali H, et al. Adolescent pregnancy and depression: is there an association? *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2016;43(3):427-30.
24. Yakubu I, Salisu WJ. Determinants of adolescent pregnancy in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Reprod Health.* 2018 Jan 27;15(1):15.
25. Karataşlı V, Kanmaz AG, İnan AH, Budak A, Beyan E. Maternal and neonatal outcomes of adolescent pregnancy. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2019 May;48(5):347-350.
26. Amjad S, MacDonald I, Chambers T, Osornio A, Chandra S, Voaklander D, et al. Social determinants of health and adverse maternal and birth outcomes in adolescent pregnancies: A systematic review and meta-analysis. *Paediatr Perinat Epidemiol.* 2019 Jan;33(1):88-99.
27. Goossens G, Kadji C, Delvenne V. Teenage pregnancy: a psychopathological risk for mothers and babies? *Psychiatr Danub.* 2015 Sep;27(1): 499-503.
28. White L. A Holistic Approach to Adolescent Pregnancy Prevention. *Am J Public Health.* 2018 Feb;108(S1): 4
29. Carmine L. Foreword: Contraceptive Strategies for Prevention of Adolescent Pregnancy. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2018; 48(12): 319-320.
30. Fuller T, White C, Chu J, Dean D, Clemmons N, Chaparro C, et al. Social Determinants and Teen Pregnancy Prevention: Exploring the Role of Nontraditional Partnerships. *Health Promot Pract.* 2018; 19(1): 23-30.
31. Robbins C, Ott M. Contraception options and provision to adolescents. *Minerva Pediatr.* 2017; 69(5): 403-414.
32. Mori A, Kampata L, Musonda P, Johansson K, Robberstad B, Sandøy I. Cost-benefit and extended cost-effectiveness analysis of a comprehensive adolescent pregnancy prevention program in Zambia: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials.* 2017; 18(1): 604.
33. Juras R, Tanner E, Kelsey M, Lipsey M, Layzer J. Adolescent Pregnancy Prevention: Meta-Analysis of Federally Funded Program Evaluations. *Am J Public Health.* 2019; 109(4): 1-8.

34. Marseille E, Mirzazadeh A, Biggs M, Miller A, Horvath H, Lightfoot M, et al. Effectiveness of School-Based Teen Pregnancy Prevention Programs in the USA: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Prev Sci.* 2018; 19(4): 468-89.
35. Barfield W, Warner L, Kappeler E. Why We Need Evidence-Based, Community-Wide Approaches for Prevention of Teen Pregnancy. *J Adolesc Health.* 2017; 60(3): 3-6.
36. Oman R, Vesely S, Green J, Clements K, Lu M. Adolescent Pregnancy Prevention Among Youths Living in Group Care Homes: A Cluster Randomized Controlled Trial. *Am J Public Health.* 2018; 108(1): 38-44.
37. Bellizzi S, Palestra F, Pichierri G. Adolescent Women with Unintended Pregnancy in Low- and Middle-Income Countries: Reasons for Discontinuation of Contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2020; 33(2): 144-48.
38. Haider S, Stoffel C, Dude A. Adolescent Contraception Use after Pregnancy, an Opportunity for Improvement. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2018; 31(4): 388-93.

## ANEXOS

### ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

#### FACTORES DE RIESGO PARA ABORTO EN GESTANTES ADOLESCENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL REGIONAL MANUEL NÚÑEZ BUTRÓN 2019

FICHA N° \_\_\_\_\_

GEST. ADOLES. CON ABORTO ( )      GEST. ADOLESC. SIN ABORTO ( )

#### 1. Características generales

Edad: \_\_\_\_\_

Grado de instrucción:

Iletrada ( )      Primaria ( )      Secundaria ( )      Superior ( )

Estado civil:

Soltera ( )      Casada ( )      Conviviente ( )

Edad gestacional: \_\_\_\_\_

#### 2. Factores de riesgo

Embarazo planificado      Si ( )      No ( )

Con pareja estable      Si ( )      No ( )

Embarazo previo      Si ( )      No ( )

Aborto previo      Si ( )      No ( )

Consumo de alcohol      Si ( )      No ( )



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA**

### **Declaratoria de Originalidad del Autor**

Yo, CALLA APAZA JHIOMARA LUZ LILY estudiante de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de MEDICINA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - PIURA, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "Factores de riesgo para aborto en gestantes adolescentes atendidas en el Hospital Regional Manuel Núñez Butrón 2019", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Firma</b>
CALLA APAZA JHIOMARA LUZ LILY <b>DNI:</b> 46948629 <b>ORCID</b> 0000-0002-8018-4772	Firmado digitalmente por: JHCALLAA el 28-03-2021 07:59:28

Código documento Trilce: INV - 0116661